Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*18.03.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	RKI,

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- FG14
  -
- FG17
  -
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 32
  -
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
  -
- FG37
  -
  -
- IBBS
  -
  -
  -
  -
- Presse
  -
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  -
  -
- BZGA :

- Bundeswehr: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ Weltweit 181.408 (+13.741), davon 7.120 (3,9%) Todesfälle (+678) ○ China (inkl. HK, Macau) 81.033 (+30), davon 3.217 (4,0%) Todesfälle (+14) • Trendanalyse (Folien hier) • **Frankreich**: ○ Bourgogne-Franche-Comté: Die Inzidenz beträgt 19,5; die Region wird in Hongkong bereits zu den Risikogebieten gezählt. Da in Frankreich generelle Maßnahmen getroffen wurden und die Fallzahlen eher gering sind, wird die Entscheidung, ob die Region zum Risikogebiet erklärt wird, noch verschoben. ○ Ile-de-France mit Paris; hier gibt es viele Fälle, durch die vielen dort lebenden Einwohner jedoch keine besonders hohe Inzidenz; deshalb wird zunächst abgewartet. Es ist nicht sinnvoll nur die Inzidenz zu betrachten, da diese auch vom Testverhalten abhängt. • [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	ZIG1

	National • Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) • Inzidenz von Hamburg liegt fast bei 20. Falls weiterhin betroffene Gebiete definiert werden, müsste evtl. Hamburg hinzugefügt werden. Der Vorschlag ist ein bisschen zu warten. Es könnte sich auch um einen einmaligen Ausbruch handeln, der kontrolliert werden kann. Konzept besonders betroffene Gebiete wurde noch nicht aufgegeben. [geschwärzt] • Weiterhin steigende Fallzahlen in BW, BY, NRW, BE, HH, HE, RP; die meisten Fälle sind in Heinsberg, Hamburg, Köln, Aachen, Borken. • Österreich wird am häufigsten als internationaler Expositionsort genannt. • Top 15 Inzidenz mit verschiedenen Kriterien: Inzidenz, Fälle, Exponentieller Trend, Expositionsort (Expositionsort, wenn nicht Meldeort) • Nach Abwägen der verschiedenen Kriterien sticht immer noch Heinsberg aus allen LK heraus. • Evtl. käme Aachen als betroffenes Gebiet in Frage, dort ist aber kein exponentieller Trend zu sehen. • Der Trend in Freising ist sehr flach. • Beim Trend spielen Expositionsort, Startniveau und Testkapazitäten eine Rolle. • Vorschlag beim exponentiellen Trend nur Angabe ja-nein, dann ist aber kein Ranking möglich. • Wie sollen Kriterien priorisiert werden? Inzidenz, exponentieller Trend als wichtigste Kriterien. • Viele Deutsche kommen im Moment aus Ägypten zurück. • Amtshilfeersuchen aus Tirschenreuth, Bayern: 40 Fälle nach Starkbierfest; [geschwärzt] und [geschwärzt] wurden entsendet.	FG32
2	**Erkenntnisse über Erreger** • 1. klinische Studien für Impfstoff mit 45 Personen ist angelaufen (dose finding, Phase 1); über 70 Studien sind angemeldet, jedoch noch in Planung. • Bei klinischen Studien bitte IBBS beteiligen. • Der Einfluss von Ibuprofen ist eine interessante Hypothese: gibt es eine Einschätzung von klinischer Seite? Wurde in der STAKOB angesprochen; es gibt Einzelfallberichte über eine geringe Verschlechterung des Befindens; diese sind mit	alle

	Vorsicht zu genießen. • Es gibt eine Studie, dass Hochaltrige, die verstorben sind, an Myokarditis oder Endokarditis verstorben sind. *ToDo: nach Literatur hierzu suchen* • Wie Fälle werden beatmet? Morgen sollte ein gutes Bild dazu vorliegen. • Es wird demnächst Angaben aus ICOSARI dazu geben, wann Patienten mit der Diagnose im KH erstmalig auftauchten, wann sie intensivpflichtig wurden und wie lange sie beatmet wurden. Die Angaben müssen zunächst noch verifiziert werden. • FG37 + Charite planen eine Erfassung der beatmeten Fälle: zurzeit wird das Tool programmiert, nächste Woche soll es ausgerollt werden. • Es gibt ein Paper zur Inkubationszeit, das für eine Beibehaltung der 14 Tage spricht.	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • *nicht besprochen*	VPräs
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] **RKI** • Presse: nichts zu berichten • Die DGI erfasst klinische Verläufe. Es wird das Tool von Charite + RKI geben, bei dem Verlaufsdaten zur Aufnahme, Verlegung auf die Intensivstation, Beatmung, ECMO erfasst werden. Dieses Tool können alle Kliniken, die mitmachen möchten, erhalten. • Es gibt immer mehr Studien, an denen RKI beteiligt ist. *ToDo: Sammeln aller Studien, an denen das RKI beteiligt ist, bei FO, diese Studienübersicht soll über die Leitung auch der BZGA zur Verfügung gestellt werden; Auftrag vom Lagezentrum*	[redacted] Presse, FG37
5	**RKI-Strategie Fragen** • Auf die Definition von Risikogebieten als epidemiologisches Instrument, um Fälle zu finden, soll verzichtet werden. Das Flussschema Falldefinition muss geändert werden. Wenn es umgesetzt wurde, soll auf die Definition von Risikogebieten verzichtet werden. Dies muss mit dem BMG besprochen	

werden, danach muss Dokument für Dokument durchgegangen werden, um zu sehen, wo Änderungsbedarf besteht.

- Es stellt sich die Frage, ob auf besonders betroffene Gebiete und Risikogebiete gleichzeitig verzichtet werden soll, da dies unterschiedliche Konsequenzen hat.
- Es wurde diskutiert, ob Ausgangssperren das Infektionsrisiko tatsächlich reduzieren. Es gibt eher die Befürchtung neg. Konsequenzen.
- Allerdings sind Ausgangssperren relevant, um Gruppenbildung außerhalb des Haushalts zu vermeiden. Übertragungen finden dann nur noch in der Familie statt.
- Jedes andere Mittel ist besser, eine sinnvolle Maßnahme sind Apelle Abstand zu halten. Bei schlechter Compliance sind Ausgangssperren jedoch ein letztes Mittel der Politik. Das RKI soll sich nicht aktiv dagegen positionieren.
- Es gibt psycho-soziale Gegenargumente, jedoch keine epidemiologischen.
- Wäre eine gewisse Ausbreitung des Virus nicht besser, als zunächst ein totaler Stopp und dann bei Lockerung eine starke Ausbreitung. Evtl. könnten irgendwann Risikogruppen streng isoliert werden und das öffentliches Leben wieder aufgenommen werden.
- **Konzept für Exitstrategie (wann sollen Maßnahmen nachlassen)**
    - Wenn Infektionen zurückgehen und Maßnahmen Wirkung zeigen, muss überlegt werden, wann das gesellschaftliche, wirtschaftliche Leben wieder aufgenommen werden soll.
    - Die Modellierung eines sinnvollen Zeitpunkts ist sinnvoll.
    - 4 Wochen bis nach Ostern wäre eine gute Perspektive.
    - Begriff gesteuerter Durchseuchung wird abgelehnt, Ausbreitung kann nicht gestoppt werden.
    - Der Zeitpunkt sollte an der Immunitätslage der Bevölkerung festgemacht werden, Informations-eckpunkte sollen definiert werden.
    - Im Moment ist Deutschland noch nicht im Stadium der Community transmission. Die Frage ist, wie wirken sich die Maßnahmen auf andere respiratorische Erkrankungen aus. Exitstrategie sollte nicht nur an Covid 19 festgemacht werden.
    - Die Maßnahmen in KH könnten deutlich länger beibehalten werden als in Bevölkerung.

	ToDo: Bis 25.03. müssen Grundüberlegungen aufgeschrieben werden: Federführung ZIG [geschwärzt] in Zusammenarbeit mit FG36, FG37 ◦ Einfließen müssen neben sozialwissenschaftlichen Aspekten, medizinische und epidemiologische Einflüsse; der Krisenstab könnte das Thema immer wieder aufrufen und die Teile zusammenbringen. ◦ Externe Experten sollen genannt werden, ZIG spricht [geschwärzt] WHO an, um Leute zu benennen, [geschwärzt] soll angesprochen werden. ◦ Es soll zunächst zeitnah ein interner Termin stattfinden, bei dem Überlegungen skizziert werden, erst danach sollen externe Experten miteingebunden werden. ◦ [geschwärzt] (FG37) arbeitet an einem paper, das in der Gruppe verwendet werden könnte. ◦ [geschwärzt] ◦ [geschwärzt]	
6	**Dokumente** • **Falldefinition:** ◦ Aufenthalt in einem Risikogebiet spielt keine Rolle mehr. ◦ Verdachtsfall: Unspezifisches klinisches Bild soll herausgenommen werden, epidemiologische Bestätigung durch Kontakt mit bestätigtem Fall soll bleiben. ◦ Die Häufung von Fällen in KH, Krankenpflegeeinrichtungen soll bereits als Verdachtsfall definiert werden, damit die GA früh aktiv werden können. ◦ Deshalb sollen Ausbrüchen von Pneumonien in medizinischen oder Pflegeeinrichtungen zu der Definition des epidemiologischen Zusammenhangs für den begründeten Verdachtsfall aufgenommen werden. • **Flussschema:**	FG32, FG36, FG37

	○ Wäre jedes Alten-/Pflegeheim mit respiratorischen Erkrankungen Verdachtsfall, wäre das für den begründeten Verdachtsfall zu sensitiv. (Dies hängt aber auch vom Zeitpunkt ab. Wenn community transmission hoch ist, ist die Wahrscheinlichkeit nicht so gering, dass auch respiratorische Erkrankungen COVID-19 Fälle sind.) ○ Es geht aber gar nicht um alle respiratorischen Erkrankungen, sondern nur um Ausbrüche in Pflege-/Altenheimen mit schweren Erkrankungen (Pneumonien) oder einer Beteiligung von Angestellten. Der Fokus soll nicht mehr auf der Ermittlung jedes Einzelfalls liegen sondern auf einer raschen Reaktion auf Ausbrüche. ○ Prüfung klinisch-epidemiologischer Kriterien: ○ Punkt 1: bleibt; Begründeter Verdachtsfall wird ergänzt durch Häufung von Pneumonien in KH oder Pflegeeinrichtungen ○ Punkt 2: bleibt ○ Punkt 3: unspezifische Allgemeinsymptome werden gestrichen. Respiratorische Symptome + Tätigkeit in KH oder Pflege oder Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder im Einzelfall ohne bekannte Risikofaktoren nur bei hinreichender Testkapazität, bleibt. ○ Was ist mit Einzelfällen, die nicht den Kriterien entsprechen? Sollen sie weiter in Abhängigkeit von der Testkapazität getestet werden? Diesen Punkt ganz zu streichen, würde eine Abkehr der Erkennung von Covid19-Fällen in einem frühen Stadium in der Bevölkerung bedeuten. Deshalb soll bei genügender Testkapazität, auch getestet werden. Ob Testkapazität vorhanden ist, kann der niedergelassene Arzt mit seinem Labor klären. ○ Aufenthalt in Regionen mit Covid-19-Fällen wird gestrichen. ○  ○ Das Bild auf Seite 1 bei Hygiene kann geändert werden. ○ Meldung des Verdachts ist noch nötig, ist im Moment noch gesetzlich geregelt. *ToDo: Falldefinition und Flussschema sollen morgen in der AGI beraten*	IBBS

werden.

- **Kontaktpersonennachverfolgung:**
    - Ist fertig: Änderungen: Flugreisen werden rausgenommen, Ziel ist Unterbrechung von Kontaktketten; Nennung von Allgemeinen Prinzipien, Kontaktpersonen Kat. 1 haben Priorität, Priorität haben außerdem vulnerable Gruppen und med. Personal.
    - Kategorie 1: müssen täglich Gesundheitsamt über Gesundheitszustand und Quarantäne informieren, ist Bringschuld der Kontaktpersonen.
    - Kategorie 3: Med. Personal wird nur in Kat. 1 oder 3 eingeteilt, je nachdem ob Kontakt mit Aerosolen bestand. Bestand kein Kontakt mit Aerosolen werden sie in Kat. 3 eingeteilt.
    - Entschlackung bei Kat. 2, Fokus stark auf Kat. 1
    -  [redacted]

ToDo: Papier ist so verabschiedet und soll schnell online gestellt werden.

- **Flussschema zur KoNa**
    - 3 Varianten:
    - Für nicht med. Personal: Einteilung in Kat. 1 und 2
    - Med. Personal bei regulärer Personalverfügbarkeit: Einteilung in Kat. 1 und Kat. 3
    - Bei relevantem Personalmangel: Einteilung in Kat. 1 und 3; Kat. 1 ist weiter unterteilt in 1a mit hohem Expositionsrisiko und 1b mit geringem Expositionsrisiko, Aerosol soll eingefügt werden.

7

Labordiagnostik

- Die Erfassung wie viele Tests durchgeführt werden, soll hauptsächlich über ARS laufen, jedoch sind nur kleiner Teil der abgefragten Labore bei ARS, außerdem gibt es die VOXCO-Abfrage

8

Klinisches Management/Entlassungsmanagement

- Zur Projektion was in Zukunft benötigt werden wird, gibt es das neue Tool für die benötigte Anzahl Intensivbetten. Das wurde gestern in der AGI bereits angesprochen; es gibt Interesse aus den Ländern aber auch den Wunsch, die Ausgangsdaten selbst eintragen können.
- Es muss noch geklärt werden, was an Daten hinterlegt ist; das Tool ist für die Landesebene gedacht, nicht für institutionelle

	Ebene (einzelne KH). *ToDo: Zugang zum Planungstool begrenzen und den Ländern zugänglich machen*	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *Nicht besprochen*	
10	**Surveillance** • Erste Kits für GrippeWeb+ wurden verschickt.	
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** • *Nicht besprochen*	
12	**Internationales** • *Nicht besprochen*	
13	**Information aus dem Lagezentrum** • *Nicht besprochen*	
14	**Nächstes Treffen** • Nächste Sitzung: Donnerstag, 19.03.2020, 11:00 Uhr,	